DISSERTATION

N° 149.

SUR

LES ABCÈS DU POURTOUR DE L'ANUS,

ET DE LA FISTULE A L'ANUS;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 juin 1819, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie,

PAR J. MANES, d'Arthez,

Département des Basses-Pyrénées.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, insanabilia existimare oportet.

HIPP. *aph.*, *lib.* 8.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER, *Président.*
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PERCY.
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD.
M. THILLAYE, *Examinateur.*
M. DES GENETTES, *Examinateur.*
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Chirurgien à Arthez,

Comme témoignage d'amour filial.

A MONSIEUR J. FOURTICOT,

Ancien Chirurgien de l'hospice de Pau ; Chirurgien du lycée.

C'est lui qui a dirigé mes premiers pas dans la carrière médicale.

A MONSIEUR F. RANCÈS,

Négociant, etc.

A MON COUSIN T. FOURTICOT,

Négociant.

Comme une faible expression de la reconnaissance que je leur dois pour les services signalés qu'ils m'ont rendus.

Puissé-je un jour m'acquitter dignement avec eux !

J. MANES.

DISSERTATION

SUR

LES ABCÈS DU POURTOUR DE L'ANUS,

ET DE LA FISTULE A L'ANUS.

ARTICLE PREMIER.

L'abcès, dans l'acception la plus générale du mot, est une tumeur contre nature formée par une collection de pus dont la cause immédiate est l'inflammation.

Lorsque cette collection se manifeste dans le lieu même où la cause a exercé ou exerce encore son action, l'abcès prend le nom d'*idiopathique* ou *essentiel*, tandis qu'on lui donne le nom de *symptomatique*,

1.° Quand l'accumulation du pus est la suite d'une transfusion étendue de ce liquide à travers le tissu cellulaire (1);

2.° Lorsqu'elle est la suite d'une inflammation dépendante d'une autre affection (2).

(1) Abcès par congestion dépendans de la carie d'une ou plusieurs vertèbres de la colonne vertébrale.

(2) Abcès qui surviennent pendant la phthisie ou le cours d'une maladie.

On a désigné sous la dénomination de *critiques* les abcès qui, se manifestant durant le cours d'une maladie aiguë ou chronique, diminuent ou font cesser les phénomènes de cette maladie.

Les abcès qui, dans ces derniers temps, ont été qualifiés de *sympathiques*, rentrent évidemment dans le genre des symptomatiques.

On a encore distingué les abcès en *chauds* et en *froids*, parce qu'on n'a eu égard, 1.° qu'à la marche rapide ou lente de l'inflammation, 2.° qu'à l'obscurité ou l'intensité des phénomènes qui lui sont propres.

Cette distinction paraît utile pour le chirurgien, parce qu'elle lui indique d'avance la méthode de traitement qu'il doit mettre en usage dans l'un ou l'autre cas; mais il nous semble qu'elle n'est pas fixée par des termes propres; et nous croyons qu'il vaudrait mieux désigner ces abcès sous les noms d'*actifs* et d'*atoniques*.

De cette manière on indique plus clairement que, d'une part, on doit modérer l'excès d'activité de la partie lésée, afin d'éviter des inconvéniens plus ou moins graves; que de l'autre, au contraire, il faut exciter les forces vitales qui ne sont pas montées sur le ton propre à la formation du pus.

On pourrait encore diviser les abcès en *aigus* ou *chroniques*; mais comme il n'est pas facile de déterminer là où commence la chronicité et où finit l'état aigu de l'inflammation, nous croyons que cette distinction est moins avantageuse que celle dont nous venons de parler.

Quelques chirurgiens, et surtout les modernes, ont distingué les abcès en *petits*, *moyens*, et *grands*, sans faire attention que cette distinction ne pouvait jamais reposer sur des bases rigoureuses, attendu que d'une part la grandeur et la petitesse sont des choses relatives; que de l'autre il n'est pas toujours facile de reconnaître la largeur et la profondeur de la poche purulente. D'ailleurs il nous semble que, pour donner de la valeur à cette division des

abcès, il faudrait indiquer les conditions qui sont nécessaires pour qu'un abcès soit petit, moyen, ou grand ; or c'est précisément ce qu'on n'a pas fait.

ARTICLE II.

Les diverses divisions que nous venons d'examiner ont rapport comme l'on voit aux abcès en général, sur lesquels nous n'avons nullement l'intention d'insister. Notre but est de faire connaître l'historique des abcès qui avoisinent l'intestin rectum, et qui ont pour résultat fréquent la formation d'une ou plusieurs fistules à l'anus.

Tous les physiologistes et les chirurgiens ont reconnu depuis long-temps qu'il n'existait pas de parties plus susceptibles de devenir le siége des abcès que celles où le tissu cellulaire, les vaisseaux et les nerfs se trouvent en grande abondance ; or, comme l'intestin rectum est entouré d'une masse très-considérable de ce tissu, comme celui-ci est pénétré par beaucoup de vaisseaux et de nerfs, comme enfin la marge de l'anus est très-souvent exposée à l'action des causes capables de produire l'inflammation, il en résulte que les abcès de cette partie doivent être proportionnellement plus fréquens que partout ailleurs.

Nous n'insisterons pas sur la description anatomique du rectum ni des parties environnantes ; nous nous bornerons à dire que les auteurs, n'ayant égard qu'à la perforation ou non-perforation du rectum, ont divisé les abcès de la marge de l'anus en *stercoraux* et *non stercoraux*.

Cette distinction nous paraît très-importante, par cela même que le traitement doit être modifié selon qu'il existe ou non communication du foyer purulent avec la cavité de l'intestin.

Mais nous devons reconnaître en même temps qu'il est presque toujours impossible d'apprécier ces deux espèces d'abcès, tant qu'il

ne s'est pas fait, ou qu'on n'a pas pratiqué une ouverture extérieure à la poche qui contient le pus.

Causes.

Tous les agens capables de donner naissance aux inflammations en général peuvent provoquer le développement des abcès à la marge de l'anus, et cela avec d'autant plus de facilité que leur formation se trouve favorisée, d'un côté par l'énorme quantité de tissu cellulaire existant autour de l'anus; de l'autre par les duplicatures dont la face interne de l'intestin se trouve garnie.

Mais on doit signaler comme des causes déterminantes très-ordinaires les piqûres, les contusions, le passage des corps étrangers de l'intestin rectum dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe: tels que les épingles, les morceaux d'os pointus, les arêtes de poisson, les matières stercorales.

A toutes ces causes nous ajouterons encore, comme pouvant donner lieu à la maladie dont il s'agit, les hémorrhoïdes enflammées, surtout les internes; les caries plus ou moins étendues du coccyx, du sacrum, des dernières vertèbres des lombes; les inflammations de la vessie, de l'urètre, de la matrice et du vagin, la répercussion des maladies cutanées, la suppression d'un écoulement habituel, etc.

Une chose essentielle à remarquer, c'est que les causes de ces abcès, de quelque nature qu'elles soient, agissent de deux manières:

1.° De dedans en dehors.

2.° De dehors en dedans.

Je dis que cette remarque est essentielle à faire, parce que, d'une part, il est important pour le diagnostic de connaître la manière d'agir de la puissance déterminante de l'inflammation; que de l'autre cette connaissance conduit souvent le chirurgien à une méthode de traitement rationnelle. En parlant des différens genres

d'abcès qui ont été admis par les auteurs, nous nous sommes abstenus à dessein de faire remarquer que quelques chirurgiens avaient admis des phénomènes communs à tous les abcès, et des symptômes propres à chacun d'eux ; mais nous devons faire remarquer qu'il n'existe véritablement que des symptômes communs ; car, quel que soit le lieu qu'occupe un abcès aigu, il présente toujours la même série de phénomènes, qui ne diffèrent entre eux que par l'intensité et par le nombre. Leur nature est constamment la même ; et si les abcès présentent des différences, cela dépend du degré d'intensité de l'inflammation, de sa situation superficielle ou profonde, et enfin des accidens sympathiques auxquels ils donnent naissance, accidens qui présentent d'ailleurs une foule de nuances, selon l'âge, le sexe, la constitution, et surtout la sensibilité particulière des sujets (1).

Symptômes.

Le premier phénomène qui se présente dans l'inflammation du tissu cellulaire environnant le rectum, c'est une sensation de chaleur profonde ou superficielle, qui va en augmentant à mesure que l'irritation devient plus intense ; mais qui n'est jamais âcre comme celle de l'érysipèle, lors même que la peau partage l'état inflammatoire du tissu cellulaire.

A la chaleur succède une douleur sourde, peu étendue d'abord ; mais qui, quelque temps après son développement, occupe plus d'espace, devient plus vive, pulsative, ou pongitive.

De la chaleur et de la douleur naît le troisième symptôme de l'inflammation, c'est-à-dire la tuméfaction, occasionnée par un afflux d'humeur et de sang qui constamment est en raison directe du degré de chaleur et de douleur.

---

(1) Il ne s'agit pas ici des abcès gangréneux, ni de ceux par congestion, dont il sera question plus tard.

Cette tuméfaction est d'autant moins considérable d'abord, que l'inflammation cellulaire commence plus près du rectum et est moins ancienne; mais quel que soit le lieu qu'elle occupe, elle devient ordinairement sensible au bout de deux, trois, ou quatre jours, époque où l'on sent un engorgement plus ou moins dur et rénitent, d'un volume et d'une forme variables.

Lorsque l'engorgement cellulaire est très-voisin de la surface cutanée, il est en général accompagné d'une rougeur qui, dès l'origine est plus ou moins éclatante, et qui ensuite devient d'autant plus foncée que le mouvement fluxionnaire se fait avec plus de violence.

Quand l'engorgement commence par les couches les plus profondes du tissu cellulaire circum-rectal, non-seulement la peau conserve pendant quelque temps sa mobilité, mais encore sa sensibilité et sa couleur. Ce n'est que lorsque l'inflammation s'étend jusqu'à elle qu'elle devient tendue, très-sensible au plus petit attouchement, et enfin d'un rouge vif foncé, ou même violacé.

Chez la plupart des sujets qui sont parvenus à l'âge adulte, et surtout chez ceux qui ne sont pas extrêmement sensibles, les phénomènes de la maladie sont bornés, et ne s'étendent pas au-delà des parties où elle a son siége; mais on observe très-souvent dans les sujets irritables, comme les femmes et les enfans, qu'indépendamment des symptômes locaux de l'inflammation, il existe de plus une réaction générale proportionnée au degré et à l'étendue de l'inflammation, aussi-bien qu'à la sensibilité du malade. Ces symptômes généraux sont par conséquent le résultat de l'inflammation, et se montrent non-seulement dans la circulation et la respiration, mais encore dans les organes de la digestion, dans la calorification, les sécrétions, excrétions, etc.

Notre objet n'est pas de nous étendre sur la description de ces phénomènes, ni de faire voir le degré d'attention qu'ils méritent de la part du chirurgien; il doit nous suffire de les énoncer, et de

faire remarquer d'une manière générale que, quoique l'altération des différentes fonctions soit dans ce cas le produit de la maladie locale, elle n'exige pas moins, dans une foule de circonstances, qu'on introduise dans le traitement des modifications particulières. C'est ainsi qu'une réaction trop forte sur le système circulatoire exige impérieusement la saignée; c'est ainsi que la formation d'un état saburral des premières voies, consécutif à la maladie locale, réclame, dans bien des cas, l'administration d'un vomitif, absolument comme dans les circonstances où l'abcès au voisinage du rectum est supposé dépendre d'un état saburral.

Diagnostic.

Quoi qu'il en soit de ces phénomènes généraux, il conste de l'observation journalière que la nature travaille à la formation du pus dans la tumeur inflammatoire, « lorsque la douleur continue « d'être pulsative, que la violence de l'inflammation diminue, que « le malade ressent des frissons, et que la tumeur perd de sa réni- « tence. Il est également prouvé par l'expérience que le pus est « déjà formé quand la chaleur et la douleur, étant de beaucoup « diminuées, la douleur est convertie en une sensation gravative; « quand la tumeur s'est amollie, quand son centre s'élève plus ou « moins en pointe, et qu'en la pressant alternativement avec les « doigts dans des endroits opposés, on sent l'ondulation ou la fluc- « tuation du liquide qu'elle renferme » (1).

Dans les cas où ces abcès commencent par les couches les plus profondes du tissu lamineux circum-rectal, il arrive très-souvent que l'élévation du centre de la tumeur se fait long-temps attendre, et que la fluctuation est très-obscure. Il faut un tact très-exercé pour la distinguer du simple ballottement de la tumeur, qui, bien

(1) Traité des maladies chirurgicales, par M. le professeur *Boyer*, t. 1, page 54.

que plus ou moins dure, conserve cependant une certaine mobilité qui fait que, pendant qu'on exerce la pression avec les deux mains et en sens opposé, on sent une espèce de déplacement des parties comprimées, qui pourrait en imposer et faire croire à l'existence de la matière purulente ; mais il faut faire attention que, dans ce cas, le mouvement qu'on fait subir aux parties lésées comprend la tumeur entière ; tandis que, dans le cas d'une véritable fluctuation, on sent un mouvement partiel d'élévation du côté opposé à la pression. Si d'autre part on comprime sur les deux côtés opposés de la tumeur, on parvient presque toujours à déterminer une certaine élévation sur son centre, qui, pressé à son tour par les deux index, pendant que les trois derniers doigts des deux mains restent placés sur la tumeur, ceux-ci sentent la fluctuation.

Nous ne chercherons pas à déterminer les différences qui peuvent exister entre les abcès aigus idiopathiques, et les abcès symptomatiques ou critiques. Ces différences ne portent pas sur les abcès en eux-mêmes, puisque, quelle que soit leur cause, ils présentent toujours des phénomènes identiques ; elles ne sont utiles à connaître que pour la méthode de traitement, qui, comme il est facile de le sentir, peut réclamer des modifications particulières selon les causes connues ou présumées des abcès au voisinage du rectum. Nous signalerons plus tard, c'est-à-dire à l'article du traitement, quelques-unes de ces modifications. Mais une distinction très-utile à faire, c'est celle des abcès aigus d'avec les abcès par congestion, qui, quoique aussi rares à la marge de l'anus qu'ils sont fréquens à l'aine et à la partie supérieure et interne de la cuisse, sont constamment dépendans d'une lésion organique plus ou moins profonde de la colonne vertébrale. Ces abcès par congestion sont toujours précédés des phénomènes propres à la carie des os de l'épine ; ils ne se forment que plus ou moins long-temps après le développement de cette carie ; et quand d'ailleurs on les considère en eux-mêmes, ils n'offrent jamais les caractères des tumeurs inflammatoires aiguës.

Tout au plus on y observe parfois de la douleur; mais cette douleur est sourde sans être pulsative, parce que ce n'est pas dans le lieu où s'accumule le pus que la nature travaille à sa formation. La tuméfaction est loin de présenter cette rénitence des tumeurs inflammatoires aiguës, dans lesquelles la mollesse des parties, aussi-bien que la fluctuation, est toujours consécutive; tandis que dans les abcès par congestion, ces deux choses existent dès la formation de la tumeur. Quant à la chaleur des parties où se trouve l'abcès par congestion, elle ne diffère pas de celle qui existe dans l'état naturel; tandis qu'il est fort rare qu'un abcès aigu se forme à la marge de l'anus sans que la chaleur de la peau de cette région du corps soit augmentée, ou bien sans que le malade en éprouve la sensation. Il en est de même de la rougeur, qui est nulle dans les abcès par congestion.

Quant à la distinction à faire entre les abcès *stercoraux* et *non stercoraux*, elle n'est pas toujours facile; ce n'est en général, comme nous l'avons dit précédemment, que lorsque l'abcès est ouvert qu'il est possible de déterminer s'il est de l'une ou de l'autre nature. On peut cependant affirmer que l'abcès est stercoral, lorsque, par l'introduction du doigt dans le rectum, ou par tout autre moyen, on s'est assuré qu'il existe une crevasse qui établit une communication entre la cavité de cet intestin et le tissu cellulaire de la marge de l'anus.

Nous avons dit précédemment que les degrés de l'inflammation étaient extrêmement variables, et qu'elle pouvait devenir assez intense pour donner lieu à la gangrène, non-seulement du tissu cellulaire circum-rectal, mais encore d'une plus ou moins grande partie de la peau de la marge de l'anus. Cependant nous n'avons pas cru pour cela devoir considérer ces abcès comme essentiellement gangréneux, parce qu'ils sont évidemment le résultat de la violence de l'inflammation. Quelle que soit la cause première de ces abcès gangréneux, ils méritent toujours une attention particulière de la

part de l'observateur, attendu qu'une fois développés, ils présentent des caractères qui leur sont propres, et qui ont seulement quelque analogie avec ceux de la pustule maligne et de l'anthrax.

Ce qui frappe d'abord l'observateur attentif, c'est la cessation instantanée de la douleur, qui bientôt est suivie d'une espèce d'empâtement et de flaccidité de la tumeur, qui, de rouge qu'elle était, contracte plus ou moins rapidement une couleur violacée, et même noirâtre. Si, pendant la durée de l'inflammation, il a existé des phénomènes généraux, ce qui a lieu ordinairement, ils disparaissent avec d'autant plus de rapidité, que la gangrène a fait plus de progrès. C'est ainsi que l'on voit le pouls, de fort et élevé qu'il était, devenir faible et concentré; c'est ainsi que la chaleur cutanée perd beaucoup de sa violence, et tombe même quelquefois au-dessous du type naturel; mais le caractère le plus pathognomonique de l'état gangréneux de la tumeur, c'est une odeur particulière qui n'appartient qu'à la gangrène, et qu'on ne distingue en général que lorsque l'abcès s'est ouvert, ou qu'on y a pratiqué une incision à travers laquelle passent des lambeaux de tissu cellulaire plus ou moins noirâtres et mélangés avec les matières stercorales.

Prognostic.

Le prognostic des abcès des environs de l'anus est d'autant plus fâcheux, que l'inflammation embrasse une plus grande quantité de tissu cellulaire, et qu'elle se présente avec plus de violence. Il est rare alors qu'on puisse espérer la résolution de la tumeur. Il faut qu'il y ait nécessairement formation de pus, et fonte d'une quantité plus ou moins considérable de graisse et de tissu lamineux : or, plus la suppuration est abondante, plus le prognostic est grave, parce qu'alors l'intestin rectum se trouve dépouillé dans une grande étendue de son enveloppe naturelle, et que de là résultent des difficultés extrêmes pour le rapprochement

et l'adhésion des parties, après que le pus est sorti du foyer. Aussi tous les praticiens recommandent de conserver autant de tissu cellulaire possible dans les opérations, parce que l'expérience leur a prouvé que plus ce tissu est considérable, plus la nature travaille facilement à la cicatrisation. En général, la destruction du tissu cellulaire circum-rectal est en raison directe de l'ancienneté de la maladie; d'où il résulte que plus l'abcès de la marge de l'anus est éloigné du premier développement de l'inflammation, plus on doit le considérer comme grave, par les raisons énoncées précedemment. Il en est de même pour les cas où l'intestin, étant perforé, laisse pénétrer dans le tissu cellulaire une très grande quantité de matières stercorales qui donnent lieu à une violente inflammation, et occasionnent une destruction d'autant plus rapide des parties qu'elles touchent, que ces matières constituent une cause extrêmement irritante. Aussi est-ce particulièrement dans ce cas que l'inflammation dégénère promptement en gangrène.

L'étendue de l'ouverture du rectum influe donc sur le prognostic des abcès de la marge de l'anus, puisque les accidens qui précèdent, accompagnent et suivent ces abcès, peuvent avoir des rapports avec elle; mais, considérée sous les rapports des complications, la crevasse du rectum est toujours fâcheuse, attendu qu'elle rend inévitable la formation d'une fistule complète.

Nous ne parlerons pas ici du prognostic des abcès présumés symptomatiques, puisqu'ils ne diffèrent pas des idiopathiques autrement que pour la cause qui leur donne naissance.

Quant aux abcès critiques, on les a regardés de tout temps comme salutaires et comme devant être respectés.

Traitement.

Nous diviserons le traitement des abcès au fondement en *préservatif* et en *curatif*. Nous entendons par traitement préservatif celui qui empêche la formation du pus; et par curatif, celui qui sert à guérir l'abcès déjà formé.

Une fois l'inflammation développée à la marge de l'anus, il est rare qu'on parvienne à empêcher la formation du pus. Cependant il n'est pas sans exemple qu'on soit arrivé à ce résultat en pratiquant des saignées convenables, en faisant l'extraction des corps étrangers placés non loin de la peau, ou peu enfoncés dans le tissu cellulaire, en mettant en usage les applications froides et astringentes, en administrant des lavemens frais, en faisant prendre des vomitifs et des laxatifs, quand il existe un état saburral des premières voies qu'on soupçonne être la cause de l'inflammation; enfin en faisant garder au malade le repos, qui est d'autant plus nécessaire, que pendant la marche les frottemens réitérés augmentent la fluxion de la partie lésée.

Lorsque tous ces moyens n'ont pu s'opposer aux progrès de l'inflammation, que la suppuration paraît inévitable, il faut mettre en usage les applications émollientes, tant pour maîtriser l'excès d'irritation et borner l'engorgement que pour favoriser la formation du pus. Quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fluxionnaire est trop violent, et les souffrances du malade extrêmement vives, on doit associer aux bains et cataplasmes émolliens l'usage des narcotiques, qui, en général, procurent plus ou moins de calme. Je dis en général, parce que dans quelques cas il ne font qu'augmenter l'irritation, et alors on doit se contenter d'employer seulement des émolliens. Ceux-ci ne doivent pas être continués trop long-temps, parce qu'ils amèneraient une fonte trop considérable de tissu cellulaire circum-rectal, et par conséquent

la dénudation plus ou moins grande de l'intestin. C'est aussi pour cette raison que tous les praticiens recommandent de ne pas attendre l'ouverture spontanée de la tumeur, qui n'arrive presque jamais que lorsque le foyer purulent est déjà devenu très-considérable. Il faut l'ouvrir dès qu'on s'aperçoit qu'elle est légèrement ramollie, et qu'on commence à distinguer le mouvement de la matière purulente. Par cette opération, on prévient les inconvéniens que nous venons de signaler, peut-être aussi laformation d'une fistule stercorale, et même quelquefois la gangrène.

Il est des praticiens, et entre autres M. le professeur *Marjolin*, qui pensent que dans quelques cas la perforation du rectum se fait de dehors en dedans, et résulte de l'action que le pus exerce sur lui. M. le professeur *Richerand* est d'une opinion tout-à-fait différente, car il dit (t. 3, p. 448 de sa Nosographie) « que la dénudation du rectum est le seul effet de la fonte purulente du tissu cellulaire, et que jamais l'action du pus ne « perce les parois de cet intestin. » A la page 454 il semble contredire cette assertion.

S'il nous était permis d'opter entre ces deux opinions, nous dirions de bonne foi que nous regardons celle de M. le professeur *Richerand* comme étant un peu trop exclusive, attendu que j'ai observé deux ou trois fois que des abcès provenant de causes extérieures et mal soignées dès le premier temps, étaient suivis de la fistule stercorale. Or, comme rien n'indiquait chez les sujets soumis à mon observation l'existence préliminaire d'une maladie du rectum; comme d'ailleurs, en pratiquant l'ouverture des abcès, je n'ai pas découvert d'autres corps étrangers que les matières stercorales mélangées avec le pus, il me semble que je suis autorisé à penser avec M. le professeur *Marjolin* que la rupture de l'intestin se fait quelquefois de dehors en dedans. Cette marche ne me paraît pas d'ailleurs extraordinaire, quand je réfléchis qu'une

grande portion de l'extrémité inférieure du rectum, et surtout sa partie postérieure, ne se trouve pas recouverte par le péritoine, qui, comme on sait, résiste très-fortement à la destruction du pus, et forme en quelque sorte une barrière qui met à l'abri les parties voisines du foyer purulent. Quoi qu'il en soit, tous les praticiens sont d'accord aujourd'hui que l'ouverture de l'abcès ne doit pas être abandonnée aux soins de la nature, qui toujours est trop lente dans cette opération. Il faut nécessairement que le chirurgien la pratique de bonne heure, tant pour prévenir la gangrène que pour empêcher la dénudation du rectum. Cette ouverture doit être faite dans la partie la plus saillante de la tumeur, et, s'il est possible, la plus déclive, afin de donner un libre passage à la matière purulente, et pour éviter qu'il ne se forme des clapiers. Si l'abcès est superficiel et peu étendu, les praticiens conseillent de l'ouvrir en travers, sans donner la raison pour laquelle ils veulent que l'incision soit faite en ce sens plutôt que dans un autre. Dans le cas, au contraire, où la tumeur est profonde, volumineuse, et s'étend de l'anus vers les coccyx, il faut, selon l'avis de plusieurs chirurgiens, et entre autres de M. le professeur *Richerand*, ouvrir d'avant en arrière : « car dans ce cas, en dirigeant l'incision du côté « de la fesse, on laisserait en avant et en arrière deux lambeaux de « peau qui se recolleraient difficilement » (1). Si d'ailleurs on pratique l'incision en travers, et que le tissu cellulaire qui se trouve au-dessous de l'incision soit tombé en suppuration, il en résultera que le lambeau de peau inférieur formera une espèce de gibecière dans laquelle le pus sera retenu, et dont il ne pourra sortir que par une incision longitudinale de ce lambeau, par une ouverture placée au-dessous du foyer, ou enfin par des compressions réitérées. Lorsque l'abcès a été assez considérable pour amener la dénudation partielle ou totale du rectum, quelques auteurs pré-

(1) *Richerand*, ouvrage cité, t. 3, p. 450.

tendent, après *Faget* aîné (1), qu'il ne faut pas se contenter de faire simplement l'ouverture de l'abcès; que, dès-lors qu'on s'est assuré de la dénudation de l'intestin, perforé ou non, on doit le fendre parallèlement à la première incision et dans toute l'étendue de la dénudation. On donne pour raison de cette conduite, 1.° l'impossibilité d'obtenir l'agglutination des parois du foyer; 2.° la crainte d'avoir une fistule borgne externe qui nécessiterait une seconde opération, si on ne comprenait pas l'intestin dans la première. Mais il a été prouvé par *Foubert*, dans un autre mémoire présenté à l'académie de chirurgie et inséré au tome troisième, que les os ne s'opposaient pas toujours à l'affaissement nécessaire pour le recollement des parties : il rapporte six observations bien détaillées, qui me paraissent ne laisser aucun doute à cet égard; d'ailleurs il fait observer avec beaucoup de sagacité « que le traitement se-
« rait simple et sans danger lors même qu'il resterait une fistule
« borgne; tandis qu'on aurait fait une opération fort grave en
« fendant l'intestin dans toute l'étendue de la dénudation lors de
« l'ouverture de l'abcès. »

Si en outre cette incision de l'intestin, si recommandée, ne comprend pas dans son trajet le trou fistuleux qui peut exister, il pourra encore rester une fistule : voilà donc une opération très-laborieuse qui aura été faite sans aucun avantage pour le malade, puisque de toute nécessité on devra pratiquer une seconde opération; d'où nous concluons avec *Foubert* qu'il serait beaucoup plus à propos de s'en tenir d'abord à la simple ouverture de l'abcès. Cette conduite nous paraît d'autant plus rationnelle, qu'il est démontré par des faits que le recollement des parties peut avoir lieu sans l'incision de l'intestin.

Ce n'est que dans les cas où l'on découvre par l'introduction

---

(1) Remarque sur les abcès qui arrivent au fondement, par M. *Faget*, mémoires de l'académie de chirurgie, t. 1, p. 389.

du doigt une ou plusieurs crevasses de l'intestin, ce qu'on observe très communément dans les accès gangréneux, que nous croyons qu'on doit comprendre l'intestin dans l'incision de la tumeur; et même, dans ce cas, si les ravages sont considérables, on fait bien de le fendre sur les deux côtés. De cette manière on empêche, d'une part, que les matières stercorales et le pus sanieux ne séjournent trop long-temps; de l'autre, on concentre l'inflammation et l'on empêche que la dénudation de l'intestin ne s'étende plus loin.

Lorsqu'on a pratiqué l'ouverture de l'abcès, on se contente en général de faire un pansement à plat, c'est-à-dire, de couvrir la plaie avec de la charpie molle et une ou plusieurs compresses soutenues par un bandage convenable. On renouvelle celui-ci autant de fois que la nécessité l'exige. Mais si l'on a été obligé de comprendre l'intestin dans l'opération, et plus spécialement encore, quand cette opération est suivie d'une hémorrhagie abondante, il faut alors tamponner la plaie, tant pour empêcher les matières fécales de séjourner dans le tissu cellulaire circum-rectal, que pour mettre un terme à la perte de sang, et par conséquent pour éviter l'épuisement et peut-être aussi la mort du malade.

Lorsque l'abcès est devenu gangréneux, on doit s'attacher à borner les progrès de la dégénérescence; et pour cela, outre les moyens que nous venons d'indiquer pour le pansement, il faut mettre en usage les toniques, afin d'exciter fortement les parties encore vivantes, et de les mettre à même de résister à la destruction qui les menace. Mais il ne suffit pas d'employer les stimulans dans le lieu même où la dégénérescence s'est faite; on doit encore les administrer à l'intérieur, parce que les forces générales sont toujours plus ou moins débilitées, et qu'il est essentiel de les soutenir.

Nous ne parlerons pas ici des diverses modifications qu'exige le traitement des abcès au fondement lorsqu'ils s'associent avec des vices particuliers, ou qu'ils en dépendent : nous devons renvoyer pour cet objet aux ouvrages qui traitent spécialement de ces vices.

DE LA FISTULE A L'ANUS.

Nous n'entrerons pas dans l'exposition des causes qui donnent naissance à la fistule à l'anus, puisque nous avons vu précédemment que non-seulement elles sont les mêmes que celles des abcès, mais encore que ces deux genres de maladies étaient fréquemment la suite l'un de l'autre. Nous passerons de suite à l'histoire des fistules à la marge de l'anus, en faisant abstraction de celles que l'on a désignées sous le nom d'*urinaires*.

Ces fistules se divisent :

1.° En *fistule stercorale complète ;*

2.° En *fistule stercorale non complète ;*

3.° En *fistule non stercorale.*

La première espèce, que l'on a aussi désignée sous la dénomination de *fistule stercorale ouverte*, n'a été appelée *complète* que parce qu'elle présente au moins deux orifices qui se correspondent, et dont l'un est placé dans l'intérieur du rectum, et l'autre à la surface cutanée.

La seconde espèce, nommée *fistule stercorale non complète*, a été ainsi désignée parce qu'elle n'offre qu'un ou plusieurs orifices situés dans l'intérieur du rectum.

La troisième espèce, ou *fistule non stercorale*, qui a été signalée par quelques auteurs sous le titre de *borgne externe*, pour la distinguer de la seconde espèce, qu'on qualifie de *borgne interne*, ne présente qu'une ou plusieurs ouvertures à l'extérieur sans communication avec l'intestin.

Diagnostic.

Quelque facile que paraisse le diagnostic des fistules à l'anus, il ne laisse pas que d'offrir quelquefois de grandes difficultés, que les soins et la patience du chirurgien ne surmontent pas toujours. Tantôt on a de la peine à constater leur existence, parce qu'elles ne s'offrent pas de suite avec tous les caractères qu'elles doivent avoir, et que d'ailleurs il est parfois impossible de parvenir jusqu'au siége qu'elles occupent; tantôt on est embarrassé de reconnaître non leur existence, mais bien leur nature et les états différens où elles se trouvent. Les développemens dans lesquels nous allons entrer prouveront ces assertions.

Soit que la fistule provienne d'une cause externe, soit qu'elle résulte d'un agent interne qui primitivement a exercé son action sur l'intestin rectum, on peut présumer qu'elle existe, si le malade a ressenti les divers symptômes des abcès à la marge de l'anus; s'il s'est formé dans cette région une tumeur de laquelle est sortie une plus ou moins grande quantité de pus mêlé de sang; si l'ouverture qui a donné issue à ce liquide s'est rétrécie sans qu'elle ait discontinué de donner passage aux matières qui mouillent et salissent les linges. Mais on ne pourrait pas affirmer que cette fistule est complète, parce que les circonstances dont je viens de parler appartiennent aussi-bien aux fistules borgnes externes qu'à celles qui présentent une communication de la surface cutanée à l'intérieur de l'intestin. Pour avoir la conviction intime que la fistule est complète, il faut, d'une part, que le liquide qui sort par l'ouverture soit mêlé avec les matières stercorales, ou en ait l'odeur; de l'autre, il est nécessaire qu'un stylet introduit dans le trajet fistuleux puisse pénétrer jusque dans l'intestin rectum, et que le doigt indicateur l'y sente immédiatement. Je dis immédiatement, car il pourrait arriver que le bouton du stylet s'arrêtât contre la face externe du rectum, vis-à-vis le doigt placé sur la face interne, et que l'on

se méprît relativement à la sensation qu'il procure. Pour éviter cet inconvénient, on a soin de pousser l'instrument jusqu'à ce que son extrémité paraisse bien libre.

Un autre moyen qui peut servir à faire reconnaître la seconde espèce de fistule, c'est les injections : soit qu'on les fasse par l'anus ou par l'ouverture qui correspond à la peau, le liquide sortira alors plus ou moins facilement par l'orifice opposé à celui où on les pratique. Tant qu'il n'existe pas un ou plusieurs de ces signes auxquels on pourrait joindre l'émission des gaz, il est impossible d'affirmer que la fistule est complète; mais leur réunion est plus que suffisante pour le prouver. Il arrive, dans bien des cas, que toutes les perquisitions sont infructueuses pour reconnaître l'ouverture fistuleuse du rectum, sans cependant qu'on puisse en conclure qu'elle n'existe pas : on est obligé alors de renvoyer les recherches à un autre moment, afin de ne pas trop fatiguer le malade. Si l'on est assez heureux dans la seconde tentative pour reconnaître l'orifice rectal, la prudence exige d'injecter le trajet fistuleux, et même de le tamponner, soit avec un trochisque, soit avec un cylindre d'éponge préparée *ad hoc*, qui, en se gonflant, élargira le canal fistuleux, et facilitera par la suite les opérations à faire.

Mais ce n'est pas tout; on a cru, dans bien des circonstances, qu'on avait découvert la maladie entière lorsqu'on était parvenu à faire pénétrer le stylet dans le rectum; et néanmoins l'expérience a prouvé trop souvent qu'il peut exister plusieurs ouvertures dans les parois de l'intestin; ouvertures qui, si elles ne sont pas comprises dans l'opération, en exigent nécessairement une autre, et même plusieurs. Il en est de l'intestin comme de la peau de la marge de l'anus; en général il ne présente qu'un seul orifice fistuleux; mais dans une foule de cas il se trouve percé en plusieurs endroits. Souvent ces orifices plus ou moins éloignés correspondent à un seul sinus qui s'ouvre dans le rectum; mais il arrive parfois qu'il existe plusieurs trajets fistuleux où vont aboutir, en convergeant, non-seulement les ouvertures de la peau, mais encore celles

de l'intestin qui sont également plus ou moins distantes entre elles et éloignées du sphincter.

Les trajets fistuleux sont ordinairement entretenus par le passage des matières fécales ; et comme l'irritation qu'elles occasionnent dans les parties où elles se répandent est en quelque sorte permanente, il en résulte que les parois de ces sinus fistuleux finissent par s'épaissir, et, en dernière analyse, par devenir calleuses ; ce qui mérite une considération particulière, comme nous le verrons plus tard.

Les circonstances commémoratives de la maladie, jointes à l'absence des caractères propres aux fistules complètes, peuvent faire soupçonner que la fistule est borgne externe. Ainsi, par exemple, lorsqu'à la fin ou pendant la durée d'une maladie aiguë ou chronique il s'est manifesté un abcès au fondement qui a été suivi d'un écoulement fistuleux, il est probable que le rectum est intact. Il en est de même de la plupart de celles qui résultent des abcès provenant de coups ou contusions de la marge de l'anus.

Les recherches que l'on fait d'ailleurs avec le stylet ou la sonde pour découvrir un orifice dans les parois de l'intestin étant constamment infructueuses, ne font qu'ajouter aux présomptions fournies par les circonstances commémoratives. Mais, nous l'avons déjà dit, l'impossibilité de pénétrer dans le rectum ne suffit pas pour démontrer son imperforation ; car il est possible, d'une part, qu'on ne rencontre pas avec l'extrémité de l'instrument l'ouverture existante ; de l'autre, elle peut être si petite, qu'elle n'en permette pas l'introduction.

Quant à la *fistule stercorale borgne interne*, il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de la découvrir : cependant on pourrait penser qu'elle existe, lorsque le malade a ressenti, dans l'origine, une douleur plus ou moins vive dans le rectum ; lorsqu'à la suite de cette douleur il a éprouvé des pulsations dans le tissu cellulaire circum-rectal ; lorsqu'une tumeur plus ou moins volumineuse s'est montrée aux environs de l'anus ; lorsque enfin, en allant

à la garde-robe, il a rendu avec soulagement des matières purulentes, et qu'en même temps la tuméfaction extérieure a diminué. Mais on n'a la certitude qu'elle a lieu que lorsqu'en introduisant le doigt ou tout autre instrument dans le rectum, on découvre l'ouverture à travers laquelle le pus s'est échappé.

Prognostic.

Quelque simple que soit la fistule à l'anus, c'est toujours une maladie désagréable et fâcheuse, par cela même qu'elle expose l'individu qui la porte à des incommodités dégoûtantes, et l'assujettit à une opération plus ou moins douloureuse, au moyen de laquelle on en obtient ordinairement la guérison. Il est même des sujets chez qui la guérison se fait spontanément; mais de pareils exemples sont rares. En général la fistule, abandonnée à elle-même, fait des progrès, et finit par devenir très-grave. Elle a ce caractère, 1.° lorsque, par son ancienneté ou par toute autre cause, le malade est devenu excessivement maigre, et a perdu ses forces et son courage; 2.° quand l'intestin est ouvert en plusieurs endroits, et que les ouvertures ou orifices s'élèvent à une hauteur inaccessible au doigt; 3.° lorsque la dénudation de l'intestin, provenant de la fonte successive ou de la destruction rapide du tissu cellulaire circum-rectal, est considérable, et surtout quand cette dénudation a lieu au-dessus de l'ouverture ou des ouvertures fistuleuses; 4.° lorsque les trajets fistuleux sont compliqués de callosités profondes et étendues; 5.° enfin, quand la carie des os des îles, du sacrum ou de la colonne vertébrale, est la cause de la fistule.

La faiblesse et l'amaigrissement du sujet ne sont pas toujours une contre-indication manifeste de l'opération; mais, quand ils sont portés trop loin, on conseille généralement de retarder l'incision du trajet jusqu'à ce que le malade ait pris des forces suffisantes pour supporter l'opération et ses suites. Cette conduite nous paraît d'autant plus prudente, que si, en opérant tout de suite, le ma-

lade succombait quelques jours après l'opération, on ne manquerait pas d'attribuer sa mort, non à l'état d'épuisement dans lequel il se trouvait, mais bien au chirurgien qui aurait tenté la guérison.

Les difficultés extrêmes qu'on éprouve pour atteindre les orifices placés trop haut, sont les raisons pour lesquelles on considère ces fistules très-élevées comme étant graves. On pensait même autrefois qu'elles étaient tout-à-fait incurables. Ce n'est que dans les temps modernes qu'on a surtout bien démontré la possibilité de leur guérison. Cependant il est des cas où l'on a été obligé de renoncer à l'opération, parce que l'intestin était perforé dans plusieurs endroits, et à une grande distance du sphincter de l'anus, et qu'on se trouvait obligé de pratiquer plusieurs incisions.

Quant à la dénudation considérable de l'intestin, elle constitue toujours un accident fâcheux, par cela même qu'elle oblige le chirurgien à couper le rectum depuis la partie la plus supérieure de la dénudation jusqu'à l'anus.

Les callosités profondes présentent une complication assez grave pour mériter toute l'attention du chirurgien, qui très-souvent est obligé de les exciser, après avoir fait souffrir le malade par l'incision des trajets fistuleux. Nous verrons d'ailleurs plus tard que cette seconde opération n'est pas toujours exempte de dangers.

Enfin on conçoit facilement pourquoi les fistules qui dépendent de la carie des os sont excessivement fâcheuses. Il est bien évident que le traitement de ces sortes de fistules rentre dans celui de la carie, puisqu'en les opérant, on ne ferait qu'attaquer le symptôme sans remédier à la cause.

Traitement.

Après avoir examiné les trois espèces de fistules que nous avons admises, leurs variétés, leur siége, les causes, les symptômes, le diagnostic et le prognostic, nous devons passer aux divers moyens que l'on peut mettre en usage pour obtenir leur guérison; ces moyens se réduisent à sept.

1.° Les *emplâtres*, 2.° les *injections*, 3.° la *compression*, 4.° le *caustique*, 5.° la *ligature*, 6.° l'*excision*, 7.° l'*incision*.

Les emplâtres. Il n'y a que l'empirisme aveugle, l'ignorance et le charlatanisme qui puissent préconiser les emplâtres pour la guérison des fistules à la marge de l'anus. On a bien vu quelquefois que ces fistules guérissaient après l'application de pareils moyens; mais on n'a pas fait attention que l'adhésion des parties était moins l'effet du remède employé, que des efforts de la nature. Nous croyons donc, avec les praticiens les plus éclairés, qu'on doit bannir du traitement des fistules au fondement non-seulement les emplâtres, mais encore tous les onguens que des individus ignorans et cupides ne cessent de nous vanter.

Les injections ont encore été plus préconisées que les emplâtres; et c'est avec juste raison, car il est de fait qu'elles peuvent être utiles dans différentes circonstances. On s'en sert, par exemple, avec beaucoup d'avantage comme moyen palliatif, lorsque la fistule est stercorale complète. Elles empêchent alors les matières fécales de séjourner trop long-temps, et d'augmenter l'inflammation: elles modèrent d'ailleurs celle-ci quand elle est portée trop loin. Si en outre les parties affectées sont tombées dans une sorte de relâchement, on peut, au moyen des injections légèrement stimulantes, remonter leur ton, et borner leur destruction. Mais ce n'est jamais au moyen des injections qu'on peut parvenir à guérir les fistules complètes : les essais nombreux qui ont été faits à cet égard le prouvent de la manière la plus évidente. Il n'en est pas de même relativement aux *fistules borgnes externes;* on parvient quelquefois à les guérir en introduisant dans le sinus fistuleux des liqueurs plus ou moins excitantes, qui, en enflammant les parties qu'elles touchent, finissent par les faire adhérer ensemble, absolument comme dans l'opération de l'hydrocèle les injections vineuses procurent la cohésion du testicule avec la tunique vaginale. Nous ne signalerons pas ici l'utilité des injections dans le diagnostic de

la maladie, puisque nous avons fait voir précédemment de quel avantage elles peuvent être sous ce rapport.

Lorsque les injections ont été employées dans le but de procurer l'agglutination du trajet fistuleux, on doit les suspendre quand on s'aperçoit que l'irritation est suffisante pour déterminer cette adhésion, qu'on favorise d'ailleurs par la compression dont nous allons parler comme d'un troisième moyen.

La compression est absolument inutile dans les fistules stercorales, parce qu'elle est toujours insuffisante pour détruire les callosités qui peuvent s'être formées, pour fermer l'orifice intérieur du trajet fistuleux, et enfin, pour empêcher les humidités fécales d'y pénétrer et de s'échapper au-dehors. Si on réfléchit à la disposition anatomique de l'intestin rectum, on ne sera pas étonné que la compression ait, dans ce cas, si peu de succès. On sait que cet organe, très-rétréci du côté de l'anus, présente au-dessus de cette ouverture une dilatation considérable, qui fait que les suppositoires et autres moyens introduits plus ou moins laborieusement dans cette espèce de poche, sont évidemment trop petits pour agir avec efficacité sur les parois de l'intestin dans lequel ils restent en quelque sorte flottans. Or, pour qu'ils pussent avoir une action salutaire, il faudrait de toute nécessité qu'ils restassent constamment appliqués sur ces parois. C'est donc avec juste raison que la compression est abandonnée comme moyen curatif par tous les chirurgiens instruits. On conçoit cependant qu'elle peut être utile dans les fistules borgnes externes qui ne sont pas trop élevées, comme, par exemple, dans celles qui rompent au-dessous de la peau; mais si la destruction du tissu adipeux a laissé l'intestin dénudé, il est impossible que, quelque méthodique que soit la compression, elle puisse parvenir à procurer le rapprochement des parties, et encore moins leur adhésion.

La cautérisation est un quatrième moyen qu'on a proposé dans le traitement des fistules à l'anus; elle peut être utile dans quel-

ques circonstances, mais beaucoup plus rarement que ne le croyaient les anciens, qui s'étaient fait sur la nature de la maladie des idées évidemment fausses. Ils pensaient que les fistules au fondement dépendaient toujours des callosités qu'on rencontre dans quelques trajets fistuleux; et comme le caustique était particulièrement mis en usage pour détruire ces callosités, il en résulte que c'était par lui qu'on cherchait à guérir la maladie.

Aujourd'hui que nous avons des idées plus exactes sur la nature et les accidens des fistules, que nous n'ignorons pas que les callosités sont toujours le résultat et non la cause de la maladie, nous sommes très-réservés dans l'usage des caustiques, et d'autant plus que l'expérience nous a démontré que, s'ils pouvaient être utiles dans quelques cas, ils avaient, dans d'autres, de graves inconvéniens, et surtout celui de détruire des parties qu'il est essentiel de conserver. D'ailleurs l'action des caustiques est toujours très-lente; toujours ils procurent des douleurs dont la violence égale celles déterminées par l'instrument tranchant, et qui, dans une multitude de cas, sont suivies d'une inflammation infiniment trop forte. Or, comme l'incision dont nous parlerons bientôt ne présente pas ces inconvéniens, comme l'instrument avec lequel on la pratique peut être dirigé au gré du chirurgien, comme enfin elle amène une guérison prompte, on la préfère à l'usage des caustiques, ou plutôt ceux-ci sont totalement abandonnés.

Nous nous abstiendrons par conséquent d'indiquer la manière d'opérer avec ce moyen, et nous passerons de suite à l'exécution du cinquième moyen opératoire, c'est-à-dire de la ligature.

De la ligature. Les anciens connaissaient la manière de la mettre en usage, puisqu'il en est fait mention dans l'ouvrage de *Celse*. Au premier aspect il paraîtrait que la ligature ne peut convenir que dans les fistules complètes; mais, comme on peut rendre telles celles qui ne le sont pas, ce procédé peut être applicable dans les trois

espèces de fistules. Une chose essentielle à remarquer ici, c'est que, si l'on rend la fistule complète en perforant l'intestin, il faut toujours avoir soin de la rendre communiquante dans la partie la plus élevée de la dénudation du rectum ; ce qu'on fait en ayant soin de porter l'extrémité de la sonde du trois-quart aussi haut que possible. On sent parfaitement que, si l'on commençait l'incision de l'intestin à un demi-pouce ou à un pouce au-dessous du point qui borne la dénudation, il serait à craindre que la guérison ne s'opérât pas, ou que du moins elle se fit très-long-temps attendre.

Desault a imaginé un instrument très-simple et fort commode pour perforer le rectum et passer la ligature. C'est un trois-quarts très-long, dont le diamètre est à peu près de deux lignes, y compris la canule.

L'introduction de cet instrument dans la fistule est facile; mais, pour bien juger à quelle profondeur le rectum se trouve dénudé, on introduit d'abord la canule du trois-quarts jusqu'à la paroi de l'intestin, et on en élève la pointe jusqu'au point le plus élevé de la dénudation. Parvenue dans cet endroit, on a soin de l'y bien fixer, et on introduit ensuite la tige de l'instrument dans la canule. On presse avec une force uniquement suffisante pour percer la paroi de l'intestin. Nous disons que la pression doit être légère, parce qu'il est essentiel d'éviter la perforation de la paroi correspondante. Une fois parvenu dans l'intestin, le chirurgien retire la tige de l'instrument, laisse la canule dans l'ouverture pratiquée, pour qu'elle puisse servir de conducteur au fil de métal avec lequel on doit faire la ligature. Celui-ci arrivé dans le rectum, on le saisit, soit avec le doigt, soit avec des pinces à pansement, soit enfin avec le gorgeret à repoussoir attribué à *Desault*. Lorsqu'on a conduit par l'ouverture de l'anus l'extrémité du fil introduit dans l'intestin, on la rapproche de celle qui correspond à l'ouverture extérieure, et on les croise de manière à exercer une légère pression sur les parties qui sont comprises dans l'anse formé par le fil. A mesure que la section des chairs s'opère le fil se relâche, ce qui fait qu'on est

obligé de le resserrer tous les jours, jusqu'à ce qu'on parvienne à rompre la continuité de la peau.

Les anciens ne se servaient pas, comme les modernes, d'un fil de métal, ils employaient le fil ordinaire qu'ils avaient soin de tremper dans quelque liqueur âcre et plus ou moins caustique. Ils pensaient que les ligatures avaient alors deux avantages; 1.° celui d'inciser les parties qu'elle embrassait; 2.° de les cautériser et de hâter par là, non-seulement leur division, mais encore la destruction des callosités qu'ils croyaient exister dans tous les cas de fistule à l'anus. Mais les chirurgiens modernes ont fait voir que l'addition des substances âcres était plus nuisible qu'utile, en tant qu'elles procurent une irritation plus ou moins forte, et par suite l'engorgement du tissu cellulaire qui enveloppe le trajet fistuleux. D'ailleurs il nous semble qu'un fil de métal souple, tel que celui de plomb, d'or ou d'argent, est préférable au fil ordinaire, par la raison qu'il n'est pas susceptible de tomber en pourriture, et qu'il n'expose pas par là le patient à subir une seconde opération.

Foubert et *Desault* sont les premiers des modernes qui aient employé la ligature, qui presque toujours est d'une exécution facile, lorsque la fistule est pénétrante, et que le canal fistuleux est droit ou peu sinueux. Lors donc que ces circonstances se rencontrent, et que les malades ont une extrême répugnance pour l'opération avec l'instrument tranchant, on doit préférer la ligature, et avec d'autant plus de raison, que la plupart des sujets peuvent vaquer à leurs affaires une ou deux heures après l'opération. Nous connaissons une femme chez qui l'ouverture interne de la fistule était voisine du sphincter, et qui, après nous avoir demandé comment on faisait la ligature, s'opéra elle-même par ce procédé, et se guérit parfaitement. Pendant tout le temps qu'elle porta la ligature, elle ne cessa point de vaquer à ses occupations habituelles.

Les fistules opérées par ce procédé sont aussi solidement guéries que celles qu'on traite par l'incision. Cependant on reproche en général à la ligature, 1.° d'agir d'une manière trop lente, et de

faire en plusieurs jours, ou même plusieurs semaines, ce que le bistouri produit en un instant; 2.° de n'être pas applicable aux fistules composées, ou à celles dont l'ouverture interne est très-éloignée du sphincter; 3.° de produire des accidens nerveux et inflammatoires plus ou moins graves dans les cas où elle embrasse une grande étendue de l'intestin, accidens qui pourraient forcer à suspendre l'opération. Si donc les malades ne redoutent pas l'instrument tranchant, il vaut mieux pratiquer l'incision, qui est applicable à tous les cas, et qui a l'avantage de guérir d'une manière aussi sûre et plus prompte.

L'*excision* ou *extirpation* est un procédé opératoire qui consiste, non point à fendre, mais à emporter, à l'aide d'incisions plus ou moins profondes, tout le trajet fistuleux et les duretés qu'on peut rencontrer. Ce procédé opératoire était généralement mis en usage il y a quarante ou cinquante ans; mais, depuis qu'on a une connaissance plus précise de la maladie, depuis surtout qu'on s'est assuré que c'est par erreur que les anciens attribuaient toujours les fistules à des callosités, on a abandonné cette manière d'opérer. Cependant quelques chirurgiens modernes, et entre autres M. *Bonnet*, ont cherché à la remettre en vogue, sous le vain prétexte qu'elle était plus sûre que l'incision : mais quelque spécieuses que soient les raisons de cette préférence, les chirurgiens instruits s'en sont tenus à cette dernière opération, dont il sera question plus tard. Néanmoins on fait encore l'*excision*, 1.° lorsqu'il s'agit d'enlever des engorgemens dont on ne peut espérer la résolution; 2.° lorsque des lambeaux de peau ou de tissu cellulaire sont tellement flétris, qu'ils ne peuvent se recoller avec les parties dont ils ont été détachés; 3.° enfin lorsqu'on veut que plusieurs trous extérieurs correspondans à un seul trajet fistuleux ne laissent qu'une cicatrice. Dans ce cas on fait ordinairement une incision circulaire qui comprend toutes les ouvertures, et qui ne laisse qu'une plaie simple qu'on traite par les moyens ordinaires.

Voici du reste comment on pratique l'*excision* du trajet fistu-

leux : on prend un stylet très-flexible et ordinairement de forme plate; on l'introduit dans le trajet fistuleux, on le fait pénétrer dans l'intestin, et on ramène l'extrémité introduite au-dehors; on rapproche les deux bouts du stylet de manière à lui faire former une anse qui embrasse les chairs; on soulève légèrement celles-ci, et l'on coupe ensuite avec le bistouri toutes les parties comprises dans l'anse, et avec elles le trajet fistuleux. Rien, comme on voit, n'est plus difficile et plus douloureux que cette opération : on agit sur des parties qui ne sont jamais assez tendues, et l'instrument les hache plutôt qu'il ne les coupe.

Les anciens la considéraient comme tellement dangereuse, qu'ils ne manquaient jamais d'avertir le malade du danger qu'il allait courir. On l'engageait constamment à régler ses affaires temporelles et spirituelles, ce qui très-souvent ne faisait qu'aggraver le danger, parce qu'on détruisait le courage qui était si nécessaire en pareille circonstance, et qu'on exposait par là le sujet à contracter d'autres maladies non moins fâcheuses.

Quand on opère de cette manière, on emporte une portion plus ou moins large du rectum, du sphincter de l'anus, des chairs et de la peau; on coupe toujours des vaisseaux plus ou moins nombreux et volumineux, et par conséquent on donne lieu à une hémorrhagie, qu'il n'est pas facile d'arrêter dans tous les cas. De plus, quand la cicatrisation est formée, il arrive souvent que le malade est affecté d'un rétrécissement considérable de l'anus, rétrécissement qui, en général, est accompagné d'une constipation opiniâtre, d'autant plus grave, que les matières ne peuvent en quelque sorte sortir que par filamens. Or, si elles sont assez endurcies pour ne pas se mouler à la forme de l'anus, il en résulte qu'on doit nécessairement les extraire, ce qui sera d'autant plus douloureux, que l'ouverture par laquelle on doit faire passer l'instrument a perdu beaucoup de son diamètre. Si, dans ce cas, l'extraction des matières devient impossible, si elles existent en très-grande quantité, et qu'elles procurent de vives douleurs ou des

congestions, il ne reste d'autre ressource que le débridement du sphincter, qu'on est obligé d'entretenir, pour ne pas retomber dans les mêmes inconvéniens. Dans ce cas, au lieu de constipation, on a souvent une diarrhée permanente et involontaire, incommodité dégoûtante, et aussi fâcheuse que celle qu'on voulait éviter.

L'inflammation considérable, qui toujours est la suite de l'excision des parties, et de laquelle résulte en général le rétrécissement de l'anus, est encore un des grands accidens qui doit engager à rejeter cette opération, excepté pour les cas que nous avons signalés.

De l'incision. Nous avons dit d'une manière générale que l'incision pouvait convenir à tous les cas de fistule ; mais nous devons remarquer ici qu'il est des circonstances, utiles à connaître, qui contre-indiquent cette opération. Si, par exemple, la fistule est tellement élevée, qu'elle soit inaccessible au doigt et aux instrumens, comme dans les cas où l'ouverture interne est située au niveau du sacrum, il ne serait pas sage de tenter l'opération, et d'autant moins qu'une pareille fistule est en général très-ancienne, et que l'écoulement purulent dont elle est la source devient une espèce d'émonctoire nécessaire à la santé du malade.

Les fistules qui se sont formées durant la marche de la phthisie, dont elles sont la crise, doivent également être respectées, parce que l'expérience a démontré qu'une fois guéries, les accidens thoraciques se renouvelaient avec autant ou plus de violence qu'avant la formation du trajet fistuleux : c'est ici le cas de se borner à la cure palliative, qui consiste dans les soins de propreté.

On croirait, d'après une observation rédigée avec soin par M. le professeur *Richerand*, que c'est quelquefois en vain qu'on opère ces fistules pour en obtenir la cure radicale, attendu que la nature fait des efforts constans pour la reproduire.

Mais est-ce bien aux efforts de la nature que ces récidives sont dues ? Ne serait-il pas plus raisonnable de penser que chez le sujet dont parle notre professeur il existait plusieurs ouvertures internes,

qui, n'ayant pas été comprises dans les diverses opérations pratiquées, ont été la cause de la régénération de la maladie? Les faits connus jusque aujourd'hui démontrent que, lorsque toute la maladie est comprise dans l'opération, la guérison s'ensuit constamment, et presque toujours au détriment du malade, quand la fistule a été la crise d'une affection organique de la poitrine. Le célèbre *Louvet*, qui fut opéré contre le gré de M. le professeur *Boyer*, est une preuve fâcheuse de cette vérité.

Les plus célèbres praticiens conseillent encore de ne pas opérer les fistules très-anciennes qui fournissent une suppuration salutaire, surtout quand elles ont lieu chez des sujets avancés en âge. L'expérience a démontré que, lorsqu'on faisait cesser un pareil exutoire, il en résultait souvent des effets d'autant plus fâcheux que le mal était plus chronique. D'autres, au contraire, prétendent qu'il faut opérer en ayant soin, après la guérison, de remplacer l'écoulement fistuleux par un cautère, un vésicatoire ou un séton. Mais il est très-souvent arrivé qu'on n'obtenait point par ce moyen tous les avantages qu'on en espérait.

Il existe quelques autres circonstances qui doivent engager à différer l'opération; ce sont, la faiblesse extrême, la grossesse, certains vices constitutionnels, et particulièrement la siphilis, de laquelle dépendent très-souvent les fistules à l'anus, qu'on guérit alors par l'usage des antivénériens. On conçoit d'ailleurs que la coïncidence d'une maladie aiguë un peu grave doit faire retarder l'opération, et d'autant plus que la cure radicale de la fistule n'est pas en général assez urgente pour qu'on ne puisse attendre la terminaison de l'affection coïncidente.

Mais si aucune des circonstances que nous venons de signaler ne s'oppose à l'opération, si tout fait présager qu'elle sera couronnée de succès, le chirurgien commence par bien disposer son malade en lui faisant prendre des boissons délayantes, en diminuant la quantité des alimens, en lui procurant, si cela est possible, des évacuations alvines, soit au moyen des lavemens, soit par de

légers laxatifs. Quelquefois même il est obligé d'administrer des toniques afin de remonter les forces trop abattues; et si l'écoulement fistuleux est extrêmement abondant et ancien, quelques praticiens conseillent prudemment d'établir un cautère ou un séton avant de pratiquer l'opération.

Pour la pratiquer, le chirurgien doit être muni d'un bistouri à lame longue et étroite; d'une sonde cannelée, mousse et sans cul-de-sac; de pinces à dissection ou à crochets; d'un gorgeret de bois concave sur l'un des côtés, arrondi et terminé par un cul-de-sac; il doit avoir aussi du cérat ou de l'huile; de l'eau tiède, des éponges, une mèche de charpie enduite de cérat, des gâteaux de charpie, des compresses longuettes et un bandage en T. Quelques aides doivent l'assister, les uns pour lui fournir ces différens objets à mesure qu'il en aura besoin, les autres pour s'opposer aux mouvemens du malade. Celui-ci, ayant été préalablement rasé aux environs de l'anus, on le place sur une table solide, d'une hauteur commode pour le chirurgien, et garnie d'un drap plié en plusieurs doubles; on le couche sur le côté correspondant à la fistule, le tronc fléchi sur le bassin, la cuisse de dessus ployée sur le ventre, dans l'objet de mettre plus à découvert l'anus et l'orifice fistuleux; cela fait, et en supposant le cas de fistule le plus simple, un aide écarte les fesses en soulevant davantage celle qui est opposée à la fistule, tandis qu'un autre est chargé de présenter les instrumens. Le chirurgien fait pénétrer dans le trajet fistuleux un stylet, qu'il remplace bientôt par la sonde cannelée; il introduit ensuite le doigt indicateur dans l'intestin, et, une fois assuré de la présence de la sonde dans cet organe, il insinue à la place du doigt le gorgeret enduit de cérat ou d'huile, en dispose la gouttière du côté de la fistule, et le confie à un aide qui le retient fortement en l'écartant de la sonde. Il conduit ensuite dans celle-ci, qu'il tient-lui-même, le bistouri qu'il enfonce jusqu'au gorgeret, avec lequel il coupe d'un seul trait toutes les parties comprises entre le trajet fistuleux et le gorgeret.

Pour s'assurer que l'incision est complète, il fait glisser le bistouri de bas en haut le long du gorgeret, coupe, s'il rencontre de la résistance, et ramène au-dehors l'un et l'autre, s'il n'y a point obstacle. Il doit avoir soin de terminer l'incision par ce qu'on appelle une *queue* ou *gouttière*. Comme il arrive que l'intestin est quelquefois dénudé au-dessus de l'orifice interne, il faut, après la section des chairs, introduire le doigt dans la plaie pour reconnaître si cette dénudation existe. Dans ce cas, il faut fendre l'intestin avec de bons ciseaux à pointes mousses, que l'on conduit sur la pulpe du doigt. Ce moyen convient également lorsque la dénudation est très-élevée : s'il y a des clapiers du côté du coccyx ou de la fesse, il faut les ouvrir pour que l'amas du pus ne s'oppose pas à la guérison. On enlève les callosités et l'espèce de membrane muqueuse qui tient au trajet fistuleux, en associant l'excision à l'incision; on excise aussi la peau qui est amincie ou qui est trop dure.

Tel est le procédé opératoire qu'on suit généralement à la Charité, et qui presque constamment est couronné de succès. La plupart des praticiens le mettent aujourd'hui en usage; mais il est des cas, et c'est surtout lorsque la fistule est peu élevée, où l'on se sert seulement d'un bistouri à lame très-étroite, légèrement courbée, et terminée par un bouton olivaire. Pendant le temps qu'on introduit doucement et avec précaution cet instrument dans le trajet fistuleux, l'indicateur de l'une ou de l'autre main est placé dans l'intestin; et aussitôt qu'on peut accrocher le bouton du bistouri, on l'entraîne au-dehors en incisant toutes les parties comprises entre l'index et l'instrument tranchant.

M. le professeur *Dubois* opère ces sortes de fistules à peu près de cette manière : son procédé ne diffère de celui que nous venons de décrire qu'en ce qu'il se sert d'une sonde cannelée qu'il introduit dans le trajet fistuleux, et avec laquelle il embrasse et soulève toutes les parties comprises entre ce trajet et l'anus. Cela étant fait, il prend un bistouri à lame étroite, en place la pointe

dans la cannelure de la sonde, dont il suit la courbure en incisant les parties. Cette incision est d'autant plus facile que les parties se trouvent bien tendues.

Quand on ne veut pas se servir du bistouri ordinaire, on peut se servir du *syringotome*, qui n'est autre chose qu'un bistouri à lame étroite et courbe, à la pointe duquel se trouve soudé un stylet d'argent très-flexible. On introduit celui-ci, qui fait l'office de la sonde, et on le fait sortir par l'anus; on fait ensuite pénétrer la lame du bistouri; et quand on juge qu'elle est assez avancée, on coupe les chairs en tirant à soi les deux parties de l'instrument, qu'on a soin de faire agir en sciant.

L'opération pratiquée avec le syringotome est en général facile, lorsque le trou fistuleux interne n'est pas très-élevé; mais s'il est placé bien haut, on a toujours plus ou moins de difficulté à saisir le stylet, et quelquefois même on n'y peut parvenir avec le doigt. Dans ce cas, il faut le ramener au-dehors au moyen du gorgeret à repoussoir de *Desault*, instrument dont il est avantageux de se servir dans tous les cas, parce que, d'une part, il facilite le transport du stylet ou de la sonde vers l'ouverture de l'anus, et que de l'autre il empêche que ceux-ci n'aillent irriter et enflammer la paroi de l'intestin opposée à celle où se trouve l'ouverture interne.

De quelque manière qu'on pratique l'incision, quelques praticiens conseillent de couper les deux parois du trajet fistuleux, surtout lorsque les callosités ne sont pas très-considérables, car, dans ce cas, on convient généralement que l'excision doit être jointe à l'incision.

Pansement. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière de panser la plaie résultante de l'incision; les uns veulent qu'on la tamponne; d'autres prétendent qu'il faut constamment la panser à plat; et la plupart soutiennent avec raison que ni l'un ni l'autre de ces procédés ne convient exclusivement.

Dans le temps où l'on opérait les fistules par l'*excision*, on tam-

ponnait la plaie, non-seulement pour arrêter l'hémorrhagie, qui presque toujours était la suite de l'ablation des chairs, mais dans l'objet de procurer une inflammation qui fût suivie d'une cicatrisation prompte. On ne faisait pas assez d'attention que, si le tamponnement avait l'avantage d'arrêter le cours du sang, il avait très-souvent l'inconvénient d'occasionner une inflammation trop forte, que suivait une suppuration excessivement abondante, qui toujours devait retarder la guérison. Heureux encore les malades chez qui il ne survenait que de pareils accidens ! car il n'est pas sans exemple que la gangrène n'ait été la suite de ce tamponnement.

Persuadé de tous les inconvéniens de ce mode de pansement, *Pouteau* s'éleva avec force contre les chirurgiens qui le mettaient en usage, et voulait qu'il fût proscrit, excepté dans les cas d'hémorrhagie. Il recommandait, ainsi que d'autres chirurgiens qui suivaient ses principes, de panser toujours à plat; ce qui n'était pas sans de graves inconvéniens, puisqu'il arrivait, dans bien des cas, que la cicatrice était faite du côté de la peau, et que les chairs étaient loin d'être réunies. Or, il est facile de voir qu'alors la guérison n'était qu'apparente, et que nécessairement l'affection devait se reproduire.

Aujourd'hui que les procédés opératoires sont perfectionnés, et les connaissances sur la nature de la maladie plus étendues, on n'exclut aucun mode de pansement, ou plutôt on combine le tamponnement avec le pansement à plat. Si pendant l'opération, ou peu de temps après, il se manifeste une hémorrhagie, on tamponne la plaie avec de gros bourdonnets de charpie, sans lesquels on ne parviendrait pas à arrêter le sang. On soutient ces bourdonnets au moyen d'un bandage, dont il va être bientôt question.

On a rarement recours à la ligature des vaisseaux, parce que, d'une part, les artères ne sont pas très-volumineuses, surtout les superficielles, et que, de l'autre, il est très-difficile, dans la plupart des cas, de trouver leurs extrémités béantes. Mais, s'il ne survient pas d'hémorrhagie, on conseille de faire le pansement de

la manière suivante : on prend une mèche plus ou moins grosse, qu'on enduit de cérat ; on en applique le milieu sur l'extrémité bifide ou fourchue du porte-mèche, on l'introduit par le rectum entre les bords de la plaie, qu'elle sépare, et on l'enfonce jusqu'à l'endroit correspondant au trajet fistuleux avec lequel elle se trouve en contact : s'il y a eu dénudation au-dessus du trajet fistuleux, on introduit la charpie jusqu'au lieu où la dénudation est bornée. Quoi qu'il en soit, la mèche est laissée à demeure pendant vingt-quatre ou trente-six heures, pourvu toutefois que la rétention d'urine, la diarrhée, ou tout autre accident ne forcent pas à lever l'appareil. Dans ce cas, on s'attache à combattre ces maladies accessoires ; et une fois parvenu à ce résultat, on revient au pansement, qu'on renouvelle par la suite une ou deux fois en vingt-quatre heures, suivant que la suppuration est plus ou moins abondante, et que le besoin de rendre les excrémens se fait sentir plus souvent. Toutes les fois que la mèche est introduite, on la soutient avec un gâteau de charpie, qui lui-même est maintenu par des compresses et un bandage en T. Nous n'avons pas besoin de dire que, si, après l'opération, l'inflammation devenait très-forte, et qu'elle s'accompagnât surtout de réaction générale, il faudrait mettre le malade à une diète plus ou moins rigoureuse, à l'usage des boissons délayantes et des lavemens émolliens ; quelquefois même on est obligé de faire une saignée du bras.

Dès que la suppuration a diminué, et que la cicatrisation est faite en grande partie, on peut abandonner l'usage de la mèche pour passer au pansement à plat, qui suffit pour amener la cicatrisation complète. Si on ne se décide pas pour ce dernier pansement et qu'on veuille continuer l'emploi de la mèche, on doit au moins avoir soin de diminuer son volume à mesure que la plaie se rétrécit.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* LORRY).

I.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abcessus fiunt. *Sect.* 4, *aph.* 32.

II.

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Ibid.*, *aph.* 33.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

In diuturnis et perniciosis morbis, dolor ani lethalis. HIPP., *Coac.*, Prænot. 71.